

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 128

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT
DES RÉTROVERSIONS UTÉRINES
(OPÉRATION DE COLÉRIS)

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 Mars 1924

PAR

Milossav **BLAGOYÉVITCH**

Né à **KRAGOUYÉVATZ** (Serbie), le 29 juillet 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		RIVIÈRE, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE-POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 128

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT
DES RÉTROVERSIONS UTÉRINES
(OPÉRATION DE DOLÉRIS)

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 Mars 1924

PAR

Milossav **BLAGOYÉVITCH**
Né à Kragouyévatz (Serbie), le 29 juillet 1898.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	Président.
		RIVIÈRE, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUIL H.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Médecine légale.....	LANDE.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	DUVERGEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	PAPIN.
id.....	N.	id.....	JEANNENEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	Obstétrique.....	PERY.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	id.....	FAUGÈRE.
Médecine générale.....	MAURIAC.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	LEURET.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	DUPERIÉ.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	CREYX.		
id.....	MICHELEAU.		
id.....	BONNIN.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

Témoignage de mon profond amour et
respectueuse reconnaissance.

A MES SOEURS ET A MON BEAU-FRÈRE

A MADAME ANTOINETTE RODE

Expression de ma vive gratitude et extrême
obligeance.

A TOUS MES AMIS

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE RIVIÈRE

*Professeur de Clinique d'accouchements à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Accoucheur en Chef des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale,
Chirurgien titulaire de l'Hôpital Saint-André,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage et expression de profonde reconnaissance pour l'accueil toujours si bienveillant qu'il nous fit, et pour nous avoir inspiré le sujet de ce travail. Nous ne saurions oublier l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU

TRAITEMENT DES RÉTROVERSIONS UTÉRINES

(OPÉRATION DE DOLÉRIS)

INTRODUCTION

La rétroversion de l'utérus occupant une place importante dans la pathologie de la femme, tant par sa fréquence que par sa gravité, mérite d'être envisagée une fois de plus au point de vue de son traitement. Quelques statistiques que nous rapportons justifient pleinement l'effort que nous apportons à ce travail. En effet, Säger compte 188 cas sur 700 malades gynécologiques, soit une proportion de 15 p. 100. Winckel et Zohlein arrivent à une proportion à peu près semblable. M. Delbet va encore plus loin : sur 100 malades, il trouve 30 atteintes de rétrodéviations, soit 27 p. 100, contre 4 malades atteintes de rétroflexion et une seule seulement d'antéversion. Labadie-Lagrave et Legueu ont trouvé 37 malades atteintes de rétrodéviations contre 6 seulement d'antéversion. Donc, ces quelques chiffres nous montrent suffisamment la fréquence des rétrodéviations où la rétroversion et la rétroflexion se trouvent en nombre à peu près égal. Leur fréquence serait encore plus

grande si on tient compte qu'un certain nombre de femmes, atteintes de rétroversion non douloureuse, ne viennent pas consulter le médecin.

La gravité de la rétroversion est aussi grande que sa fréquence, quoi qu'en disent certains auteurs. La rétroversion de l'utérus, même en dehors de toute complication, peut s'accompagner de phénomènes morbides de telle gravité que la réduction de cette rétroversion s'impose. En outre, il n'est pas rare d'observer, chez les femmes atteintes de rétroversion de l'utérus, des troubles fonctionnels ou organiques plus ou moins prononcés du côté de l'appareil digestif ou urinaire qui, à eux seuls, constituent une indication suffisante pour un traitement chirurgical.

La rétroversion ne reste pas non plus sans influence sur l'état mental de la femme, les manifestations neurasthéniques ayant été souvent observées chez celle-ci.

Mais cette gravité ne serait que relative si on ne tenait pas compte de l'influence néfaste qu'exerce la rétroversion de l'utérus sur l'activité génitale de la femme.

La stérilité, sans être de règle, est une conséquence fréquente de la rétroversion. La meilleure preuve en est dans un grand nombre d'observations où on a noté la grossesse après le redressement de l'utérus, alors que jusque-là la femme était restée stérile.

Admettons qu'une grossesse ait lieu chez une femme à l'utérus rétroversé; cette grossesse, suivant toute probabilité, sera fertile en accidents plus ou moins graves menaçant la vie de l'enfant et même celle de la mère. A l'appui de cette opinion, nous citerons la statistique de Charles de Liège; cet auteur ayant observé 138 malades atteintes de rétroversion de l'utérus et devenues enceintes, a noté 77 avortements dont 3 provoqués et 20 accouchements graves entraînant la mort.

Toutes ces statistiques, aussi exagérées qu'elles puissent être, n'en renferment pas moins une large part de vérité et ne sauraient, en aucun cas, nous laisser indifférents à l'égard de cette affection.

On peut dire, sans exagérer, qu'il n'est pas de sujet qui ait autant exercé l'imagination des gynécologues, même les plus modernes, que le traitement des rétroversions de l'utérus. Aussi les procédés opératoires sont multiples et leur nombre même nous montre la déception qu'ils ont apportée.

En 1840, Alquié, professeur de Montpellier, fut un des premiers à préconiser le traitement chirurgical des rétroversions de l'utérus, le jugeant supérieur aux autres méthodes d'ordre médical qui constituaient à cette époque, à elles seules, à peu près tout le traitement de cette affection.

Depuis lors, de nombreux procédés aux principes opératoires variés furent proposés et employés avec plus ou moins de succès. Le traitement de la rétroversion consistant en réduction de l'utérus, traitement des lésions utéro-annexielles concomitantes et la fixation de l'organe, c'est ce dernier temps qui varie surtout suivant les différents procédés.

La fixation du corps de l'utérus soit à la paroi abdominale antérieure, soit à la vessie ou au plancher vésico-vaginal par la voie abdominale ou vaginale, est assurément la première en date; ce sont des hystéropexies directes, immédiates. Ces méthodes de fixation sont antiphysiologiques et dangereuses, comme nous aurons l'occasion de le montrer dans cet ouvrage.

Il est d'autres méthodes de fixation qui, consciemment ou inconsciemment dans l'esprit de leurs auteurs, sont restées en accord parfait avec les exigences physiologiques; ce sont des hystéropexies indirectes, immédiates ou encore mieux ligamentopexies. Elles consistent en raccourcissement des ligaments suspenseurs de l'utérus et, en particulier, des ligaments ronds, extra ou intrapéritonéal, avec ou sans fixation de ces ligaments à la paroi abdominale antérieure. Les résultats excellents obtenus par le raccourcissement des ligaments ronds surtout l'ont fait adopter actuellement par un grand nombre de chirurgiens. Mais les procédés de raccourcissement sont nombreux et d'une valeur thérapeutique inégale. Dans cet ouvrage, nous insisterons surtout sur le procédé de Doléris qui a notre préférence. Néanmoins, pour être complet et juste envers d'autres métho-

des chirurgicales qui ont rendu de grands services dans leur temps, nous les exposerons chacune à leur tour, en pesant soigneusement leurs avantages et inconvénients. Ainsi, d'une façon indirecte, nous démontrerons la supériorité de l'opération de Doléris.

Nous laisserons intentionnellement de côté des interventions portant sur le col, le vagin et le périnée, leur étude nous entraînerait au delà des limites restreintes de cet ouvrage et nous écarterait de notre sujet.

Nous ne dirons également rien sur le raccourcissement des ligaments larges et utéro-sacrés, qui n'a plus aujourd'hui qu'un intérêt historique.

Donc, au début de cet ouvrage, nous exposerons d'une façon sommaire les données actuelles de l'étiologie et de la pathogénie de la rétroversion qui, à notre avis, doivent être parfaitement connues du chirurgien, afin qu'il puisse établir un traitement rationnel.

Nous ne dirons que quelques mots sur le traitement médical de la rétroversion de l'utérus qui, tout en étant d'un autre temps, pourra nous rendre des services appréciables dans certains cas.

Ensuite, nous passerons au traitement chirurgical, en nous étendant surtout sur l'opération de Doléris, dont nous rapportons quelques observations.

Enfin, nous terminerons par les conclusions que nous avons tirées de cet ouvrage et la bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie et pathogénie de la rétroversion de l'utérus.

Avant de nous occuper de la position vicieuse de l'utérus qu'est la rétroversion, voyons quelle est sa situation normale, dite physiologique, et les agents qui le maintiennent dans cette situation.

D'après les constatations des anatomistes, la situation normale de l'utérus est l'antéversion avec une légère antéflexion.

Il est maintenu dans cette position par ses propres ligaments suspenseurs qui sont les ligaments ronds, les ligaments larges et les ligaments utéro-sacrés, en même temps qu'il est soutenu par le vagin et le plancher périnéal (releveur).

Mais cette position n'est pas fixe, l'utérus étant un organe essentiellement mobile. Se trouvant placé entre deux organes creux, à capacité variable, la vessie en avant, le rectum en arrière, sous l'influence de leur réplétion, il pourra occuper toute une série de positions. La réplétion de l'ampoule rectale aura pour conséquence de repousser le corps de l'utérus en avant, en exagérant son antéversion normale; au contraire, la réplétion de la vessie le repoussera en arrière en le plaçant en rétroversion; leur action simultanée déterminerait l'élévation totale de l'utérus.

A côté de ses mouvements passifs, l'utérus possède des mouvements actifs, réalisés par les ligaments ronds qui l'attirent en avant, les ligaments utéro-sacrés qui l'attirent en arrière. Donc,

l'utérus bascule autour de son axe horizontal passant par l'isthme, à la façon d'une clochette (Le Dentu).

Tous ces changements de positions sont temporaires, et par conséquent physiologiques. Mais supposons un utérus rétroversé sous l'influence d'une cause quelconque, ayant agi sur lui-même ou sur ses ligaments et qui se maintient constamment dans cette position, la rétroversion, phénomène pathologique est constituée.

Les causes de la rétroversion sont multiples et variées; nous n'en citerons que quelques-unes nous paraissant les plus importantes.

La métrite, surtout post-puerpérale, paraît en être la cause la plus fréquente, et M. Gosset fut un des premiers à mettre en lumière son rôle dans les rétroversions de l'utérus. Celui-ci, congestionné, œdématié, souvent sclérosé, toujours gros et alourdi, tiraille sur les ligaments ronds, qui résistent tout d'abord puis s'étirent et laissent l'utérus basculer en arrière..

Involution défectueuse de l'utérus, paramétrite surtout postérieure, salpingo-ovarite, pelvi-péritonite sont autant de causes de la rétroversion.

Mais à côté de ces rétroversions post-infectieuses, il en est d'autres acquises et primitives où l'infection ne vient que secondairement grâce aux troubles circulatoires dus à l'attitude vicieuse de l'utérus. Parmi les causes qu'on a fréquemment incriminées, on peut citer les tumeurs pelviennes, l'amaigrissement rapide, l'atrophie de la ménopause, les violences obstétricales, les dystocies, efforts, chutes, etc.

Que deviennent ces rétroversions si souvent accompagnées de phénomènes inflammatoires? Pendant un temps relativement court, elles peuvent rester libres et franchement mobiles; mais est-on en présence d'une rétroversion d'une date un peu ancienne, on doit s'attendre à trouver un utérus immobile ou peu mobile; que s'est-il donc passé? Pour peu que l'utérus rétroversé persiste dans cette position vicieuse, l'infection déjà existante ne tardera pas à léser le péritoine tapissant la face postérieure de l'utérus; un exsudat en résultera qui pourra par

suite créer des adhérences entre la paroi postérieure de l'utérus et la paroi antérieure du rectum. M. Delbet a fait une excellente étude sur ce sujet, et il distingue deux formes d'adhérences. Les plus fréquentes se présentent sous forme de brides plus ou moins longues et élastiques, ne réalisant qu'une fixité relative de l'utérus, permettant souvent sa réduction partielle ou même totale, en entraînant la paroi antérieure du rectum. Cette fausse mobilité, permettant ainsi une fausse réduction, car la rétroversion ne tarde pas à se reproduire, doit être présente dans l'esprit du praticien afin de ne pas s'exposer à une erreur thérapeutique.

Moins fréquentes sont les adhérences courtes et étoilées, faisant fusion entre la paroi postérieure de l'utérus et la paroi antérieure du rectum. Par l'immobilité à peu près absolue de l'utérus qu'elles déterminent, leur diagnostic devient plus facile et l'erreur thérapeutique, par conséquent, est moins fréquente.

Les rétroversions compliquées de phénomènes infectieux primitifs ou secondaires représentent la majorité des cas, mais ne sauraient réunir en elles seules toutes les variétés de cette affection.

A côté de la rétroversion, épiphénomène d'un prolapsus génital de la femme, il en est qui existent en dehors de toute infection et constituent une entité morbide. Un utérus congestionné et globuleux, chez une femme à tempérament neuro-arthritique (Richelot), peut, au même titre qu'un utérus métritique, arriver à vaincre la résistance des ligaments ronds et basculer en arrière, sans que l'infection ou les adhérences y soient pour quelque chose.

Ainsi s'expliquent certaines rétroversions, rares il est vrai, observées chez les femmes vierges non infectées et n'ayant jamais accouché. M. Richelot s'est fait un grand défenseur de cette théorie neuro-arthritique et a pu apporter en 1905, au Congrès français de chirurgie, 39 observations de rétroversions très douloureuses, sans aucune infection, traitées et guéries par l'opération de Doléris.

Pozzi et Segond ne sont pas du même avis que M. Richelot et ils contestent l'existence de la rétroversion en tant que maladie essentielle.

Sans nous attarder davantage à ce chapitre qui n'est pas l'essentiel de notre travail et que nous n'avons exposé que d'une façon brève et incomplète, envisageons maintenant le traitement des rétroversions de l'utérus.

CHAPITRE II

Traitement médical.

Le traitement médical des rétroversions de l'utérus fut très répandu autrefois. Depuis lors, les progrès de la chirurgie moderne ont diminué petit à petit le champ de ses indications, aujourd'hui très restreint. Néanmoins, divers procédés dont ils disposent peuvent nous être utiles dans certains cas, ne serait-ce que pour préparer la malade pour une intervention chirurgicale ultérieure. La plupart d'entre eux sont d'une application facile et inoffensive.

Le repos au lit dans le décubitus ventral est assurément une méthode des plus bénignes ; sous l'influence de la pesanteur, l'utérus revenu en place y sera maintenu par une pelote naturelle que lui procure la masse intestinale sus-jacente.

Une autre méthode, s'adressant surtout aux femmes enceintes et préconisée par le docteur Ferré (de Pau), consiste à mettre la malade dans la position de Trendelenburg pendant quarante-deux jours. Au bout de trois jours, d'après cet auteur, l'utérus quitte la cavité pelvienne pour devenir organe abdominal en même temps que les troubles dus à la rétroversion disparaissent. La grossesse continue normalement. Il est évident que ces manœuvres ne peuvent réussir que dans les rétroversions mobiles et récentes ; elles ont l'inconvénient d'être longues.

Par la réduction bimanuelle de l'utérus on arrive plus rapidement au but. La femme étant couchée dans le décubitus dorsal, une main introduite dans le cul-de-sac postérieur cherche à soulever le corps de l'utérus pendant que l'autre main, en

déprimant la région sus-pubienne, saisit à travers la paroi le fond de l'utérus et le ramène derrière le pubis; avec un peu d'habitude on y arrive facilement. Cette réduction ne peut être pratiquée que dans les rétroversions mobiles, non accompagnées d'infection. Cependant, Schultze, qui avait une grande habitude de cette manœuvre, la pratiquait même dans les formes graves compliquées d'adhérences. Inutile de dire que, dans ces cas, cette méthode aveugle devient dangereuse, la déchirure de la paroi antérieure du rectum et des hémorragies internes pouvant en résulter. Bernutz rapporte l'observation d'une femme chez laquelle la tentative de réduction manuelle détermina l'avortement suivi aussitôt d'une péritonite mortelle.

Quant au redressement de l'utérus au moyen d'instruments tels que l'hystéromètre ou redresseur utérin de Trélat, nous n'y voyons aucun avantage sérieux sur la méthode précédente.

Pessaires. — La réduction obtenue, l'utérus doit être maintenu en bonne position et, à cet effet, le traitement médical dispose d'un moyen, le pessaire. Sa valeur thérapeutique a été beaucoup discutée et nous n'avons pas la prétention d'apporter dans cet ouvrage une solution à cette question; nous nous contenterons tout simplement d'en dire quelques mots.

D'abord, tous les pessaires vaginaux ont pour caractère commun de prendre leur point d'appui sur la partie antérieure du vagin; ils agissent en arrière, soit sur le cul-de-sac postérieur pour le soulever et entraîner avec lui le col, soit en même temps sur le cul-de-sac postérieur et la face antérieure du col pour le repousser en arrière. Pour que leur action soit efficace, la rétroversion doit être simple, sans phénomènes infectieux ni adhérences, et surtout il faut un périnée solide qui leur servira de support. Les forme et dimension des pessaires pour chaque cas particulier n'en sont pas moins importantes.

Sans mépriser ces appareils, en somme ingénieux, comme l'ont fait certains auteurs, nous pensons qu'ils peuvent nous rendre quelques services lorsqu'ils sont employés dans les cas indiqués. Adjuvants précieux du traitement chirurgical, ils

seront aussi avantageusement employés au début de la grossesse; plus tard, l'utérus, devenu organe abdominal, se maintiendra tout seul en bonne position. On aura encore recours au pessaire chez les femmes âgées ou chez celles qui refusent de se soumettre à une intervention chirurgicale plus efficace. En outre, il est démontré que l'emploi des pessaires favorise la grossesse et diminue les douleurs dues à la rétroversion.

Mais à côté de ces avantages, ils ont de nombreux inconvénients. Ils sont d'un entretien difficile; de plus, leur extraction et mise en place nécessite la présence du médecin. Ils ne sont pas toujours inoffensifs; en s'incrustant de sels calcaires, ils se comportent comme de véritables corps étrangers, en irritant le vagin et déterminant la leucorrhée. Par leur action même, ils ont tendance à distendre le vagin et prédisposer la femme au prolapsus génital. Ils ne sont pas de mise chez les femmes vierges pas plus que chez les femmes à tempérament nerveux qui ne supportent ce pessaire qu'au prix de vives douleurs. Mais la principale contre-indication de l'emploi des pessaires réside dans les rétroversions adhérentes, s'accompagnant ou non de phénomènes inflammatoires utéro-annexiels. Dans ces cas, loin de calmer la douleur, en tiraillant sur les adhérences, le pessaire les exaspère. Par le traumatisme qu'il exerce, une infection annexielle, latente jusque-là, peut être éveillée et prendre une évolution aiguë.

En tenant compte de tous ces inconvénients, de la difficulté du choix d'un bon pessaire et de sa bonne mise en place, grand nombre de praticiens l'ont complètement abandonné.

« Lorsqu'on voit, dit Roux, les spécialistes obtenir de si piètres résultats avec les moyens ordinaires, et un homme habile comme le professeur Fritsh déclarer qu'il a mis dix ans pour apprendre à placer un pessaire, et qu'il lui faut encore une semaine pour trouver le bon, quand on pense ce que deviennent certains pessaires dans certains vagins, on est en droit de chercher à remplacer le traitement qui fait de la femme l'hôte régulier des cabinets de consultations et qui transforme un accident pénible en infirmité dégoûtante. »

Les formes des pessaires sont nombreuses, mais nous n'en

citerons que trois seulement qui nous paraissent d'usage le plus courant.

Le pessaire de Hodge à double courbure paraît être le plus en faveur, et le professeur Le Dentu le recommande comme le meilleur; cet auteur l'a employé avec succès dans un grand nombre de cas. Malheureusement son emploi n'est pas toujours aisé; trop petit, il est insuffisant, trop grand, il est insupportable. Lorsque le pessaire de Hodge est de dimension convenable, il exerce une douce pression au niveau de sa partie inférieure, en sous-tendant le cul-de-sac postérieur et en accrochant solidement le col.

Le pessaire en anneau de Dumonpallier serait inférieur au précédent. Pour que son action s'exerce, il faut que la distension du vagin soit portée aussi loin que son élasticité le permet. Sans être toujours efficace, il occasionne parfois de telles douleurs que sa suppression s'impose.

Le pessaire en berceau préconisé par Schröder et celui en 8 de chiffre de Schultze sont d'un emploi moins fréquent.

Collumnisation. Massage. — La collumnisation fut employée par F. Bauzeman, son inventeur, dans les rétroversions de l'utérus métritique, congestionné et douloureux.

Elle consiste, après une désinfection parfaite du vagin, à introduire dans ce vagin, et principalement dans le cul-de-sac postérieur, des tampons de gaze ichtyolée, très serrés; une mèche iodoformée-glycérinée sera également introduite dans la cavité utérine. Le vagin est ainsi transformé en une colonne solide qui maintiendra l'utérus en bonne position.

A la suite de la collumnisation les douleurs sont notablement diminuées. L'utérus décongestionné devient plus souple ainsi que les adhérences, si elles existaient, ce qui donne à la méthode le mérite d'avoir préparé la malade pour une intervention chirurgicale ultérieure rendue plus facile. Les résultats de la collumnisation sont surtout satisfaisants lorsqu'elle est associée au massage gynécologique.

Thure Brandt, Suédois, fut le premier à pratiquer le massage gynécologique méthodique; il formula les préceptes et vulgarisa la méthode vers 1860.

Très répandu à l'étranger, le massage consiste en mouvements variés, frictions circulaires, vibrations, effleurage, pression, élévation, etc., exécutés avec la main sur les organes génitaux, soit à travers la paroi abdominale, soit par le vagin ou simultanément par les deux voies.

Nous croyons, avec M. Richelot, que le massage est indiqué surtout dans les rétroversions de l'utérus simples s'accompagnant de ptose viscérale; la sangle abdominale affaiblie, les ligaments suspenseurs atrophiés peuvent, sous l'influence du massage, retrouver leur tonicité normale. La circulation de l'utérus sera notablement améliorée. Mais on a cherché à multiplier ces indications en le pratiquant même dans les rétroversions de l'utérus adhérentes ou suspectes de lésions annexielles.

Dans ces cas, nous croyons qu'il comporte quelques risques et il vaudrait mieux s'en abstenir. En effet, les adhérences peuvent se rompre sous l'influence du massage et rendre la rétroversion encore plus douloureuse qu'elle l'était auparavant. Pour être pratiqué adroitement, il demande une grande habitude que l'on n'acquiert qu'après une longue pratique; donc, il n'est pas à la portée de tout praticien. Toujours long, il demande la patience de la part du médecin et de la malade.

Enfin, le repos nécessaire pendant tout le traitement réduit ses indications à un petit nombre de malades favorisées par les circonstances.

De cette courte et incomplète étude sur le traitement médical des rétroversions de l'utérus, nous déduisons que ce traitement n'est applicable que dans les cas bénins, alors que nous savons combien ils sont rares. D'un emploi long et parfois difficile, des moyens médicaux ne nous donnent que rarement les résultats satisfaisants au point de vue de la guérison de la rétroversion; plus souvent ils sont palliatifs.

Mais est-ce là tout le traitement de la rétroversion de l'utérus? Évidemment non. Le traitement chirurgical nous offre-t-il de meilleures ressources? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

CHAPITRE III

Traitement chirurgical.

La rétroversion de l'utérus étant une affection grave demande à être traitée d'une façon sérieuse, rapide et véritablement curative; la chirurgie, beaucoup plus que la médecine, nous paraît être à la hauteur de cette tâche.

En effet, si dans un petit nombre de rétroversions simples, on peut et doit essayer le traitement médical, il n'en est pas de même pour la majorité des cas de rétroversions de l'utérus s'accompagnant d'infection utéro-annexielle où toute tentative de traitement médical aurait échoué ou même aggravé le mal.

Le traitement chirurgical des rétroversions de l'utérus peut consister tout simplement en fixation de l'utérus par l'un des nombreux procédés dont dispose la chirurgie et que nous aurons seuls en vue dans cet ouvrage. Mais dans bien des cas, cette fixation seule serait absolument insuffisante si on ne s'occupait en même temps de traiter les lésions concomitantes par les procédés appropriés.

Les ovaires, souvent kystiques, congestionnés, scléreux ou en voie de suppuration, seront traités par les cautérisations au fer rouge, la résection partielle ou même par l'ablation si elle est nécessaire. La cervicite, souvent observée dans les rétroversions, devra être traitée soit médicalement, soit chirurgicalement par l'opération de Schröder par exemple. Enfin, toutes les fois qu'on aura constaté l'affaiblissement de résistance du plancher périnéo-vaginal, sa réfection s'impose et dans ce cas

on aura recours à la colporraphie ou mieux à la colpopérinéorraphie.

Donc, le traitement chirurgical doit être aussi complexe que les lésions en présence desquelles on se trouve et c'est de l'association de ces divers traitements que dépendra bien souvent le succès thérapeutique. Passons maintenant aux divers procédés de fixation proposés dans le but de guérir la rétroversion de l'utérus.

CHAPITRE IV

Hystéropexie abdominale directe.

Le but de l'hystéropexie abdominale directe est d'adosser l'utérus au moyen de sutures à la paroi abdominale antérieure. Elle peut être extra ou intrapéritonéale.

L'hystéropexie directe extrapéritonéale fut imaginée par Marion Sims en 1859. Elle consistait à faire amarrer l'utérus par un aide contre la paroi abdominale antérieure et passer dans son épaisseur un fil qui traverse la paroi. Plusieurs procédés de ce genre furent inventés, mais aujourd'hui ils ne peuvent avoir qu'un intérêt historique.

L'idée de fixer l'utérus après laparotomie revient à Kœberlé, célèbre chirurgien de Strasbourg, qui pratiqua cette opération pour la première fois en 1869. Mais il ne s'agissait là que d'une suture du pédicule annexiel à la paroi abdominale antérieure, après avoir enlevé les ovaires.

Lawson-Tait, en 1880, guidé par l'idée de Kœberlé, fut le premier à suturer directement le corps de l'utérus à la paroi. Enfin, Olshausen, en 1881, proposa cette suture comme méthode régulière du traitement des rétroversions de l'utérus.

Depuis lors, cette méthode avait conquis de nombreux partisans à l'étranger; mais malgré cette faveur qu'on lui accordait, elle ne parvint à pénétrer en France qu'en 1888, et ce fut Terrier qui la pratiqua le premier.

Après laparotomie médiane sous-ombilicale et inspection des organes, on procède à la fixation de l'utérus, préalablement réduit, par l'un des nombreux procédés que compte cette

opération. Ils ont tous pour but d'accoler à la paroi abdominale antérieure une surface plus ou moins large de la paroi antérieure de l'utérus ou de son fond ; ils ne diffèrent entre eux que par le siège de sutures et par la façon dont on exécute ces sutures.

Sänger fixe le corps de l'utérus au moyen de deux points de sutures placés latéralement, en avant et un peu au-dessous des cornes.

Terrier préfère aux sutures latérales une suture médiane. Il passe un certain nombre de fils de soie faufileés à la face antérieure de l'utérus et les noue dans les lèvres de la plaie.

Pozzi emploie un procédé à peu près analogue, mais au lieu de se servir de plusieurs fils, il n'emploie qu'un seul fil de soie qu'il faufile dans la face antérieure de l'utérus et les lèvres de la plaie.

Au lieu de placer les sutures sur la face antérieure de l'utérus, dans certains procédés, tel que celui d'Olshausen, elles sont placées en plusieurs rangées sur le fond de l'utérus, et chaque fil est noué séparément dans les lèvres de la plaie, comme dans le procédé de Terrier.

Enfin, M. Delbet a proposé dans son *Traité de chirurgie* l'hystéropexie basse « isthmique », dans laquelle les fils sont placés sur la face antérieure de l'utérus correspondant à l'isthme, et ensuite sont noués dans les lèvres de la plaie, aussi haut que possible.

A côté de ces procédés, il y en a bien d'autres que nous n'avons pas à exposer, car ils ne diffèrent des précédents que par de simples détails de technique. Avant d'aborder l'étude des résultats immédiats et éloignés de l'hystéropexie abdominale, voyons quelles sont ses indications.

Depuis que le raccourcissement des ligaments ronds est devenu la méthode courante pour traiter les rétroversions de l'utérus, les indications de l'hystéropexie ont diminué dans une proportion considérable. Un grand nombre de chirurgiens l'ont complètement abandonnée en la jugeant antiphysiologique et dépourvue de tout sens chirurgical. D'autres, moins sévères à

son égard, l'emploient comme une opération complémentaire ou la réservent aux femmes ayant dépassé la ménopause. Enfin, un troisième groupe d'auteurs sont restés favorables à cette opération, malgré de nombreuses critiques qu'on lui a adressées. Ils la pratiquent dans les rétroversions adhérentes et douloureuses s'accompagnant de phénomènes utéro-annexiels.

A notre humble avis, l'hystéropexie directe doit être bannie de la pratique chirurgicale pour de nombreuses raisons que nous verrons plus loin. Son influence néfaste sur la puerpéralité la contre-indique d'une façon formelle chez toute femme capable de devenir mère.

Résultats de l'hystéropexie. — Les suites immédiates de l'hystéropexie abdominale sont généralement bonnes, la réduction de l'utérus et sa fixation en antéversion faisant disparaître ou tout au moins diminuer les troubles dus à la rétroversion. Mais réussit-elle à corriger l'attitude vicieuse de l'utérus? Dans un sens, oui, mais dans un autre, non. En adossant le corps de l'utérus contre la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, on corrige la rétroversion, mais on met forcément l'utérus en antéversion exagérée et on substitue un état pathologique à un autre.

En s'adressant au corps de l'utérus lui même, ce qui est une anomalie, l'hystéropexie réalise une fixité telle de l'organe que tout mouvement physiologique de l'utérus ne sera plus possible. M. Doléris s'exprime à ce sujet de la façon suivante : « La fixité de l'utérus est une chose anormale, antiphysiologique, et si le chirurgien la trouve chez un sujet, il devrait la combattre comme nuisible à la fonction primordiale de l'utérus, la parturition. » Le moyen même par lequel on obtient cette fixité est un artifice emprunté à la pathologie, nous voulons parler des adhérences utéro-pariétales. En effet, celles-ci existent toujours à la suite de l'hystéropexie, épaisses et plus ou moins résistantes; elles correspondent généralement à la partie de l'utérus sur laquelle a porté l'acte opératoire. Mais il n'est pas rare que ces adhérences s'étendent aux autres parties de l'utérus, et dans ces conditions, l'hystéropexie basse, qui avait la prétention de laisser libre la

face antérieure du corps de l'utérus et son fond, serait passible des mêmes reproches que l'hystéropexie haute. M. Bazy rapporte un cas très intéressant dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales* de 1912. Il s'agit d'une femme qui fut opérée par l'hystéropexie isthmique, mais au cours d'une intervention secondaire, on constata que les adhérences s'étaient étendues jusqu'au fond même de l'utérus : ainsi une hystéropexie isthmique est devenue une hystéropexie du fond.

La récédive de la rétroversion n'est pas rare après l'hystéropexie ; lorsque les adhérences s'allongent sous l'influence des grossesses répétées ou encore sous l'influence de la simple pression exercée par les viscères abdominaux sur l'utérus, celui-ci retrouve sa mobilité et la rétroversion peut alors se reproduire. Ferry, dans sa thèse, rapporte 108 cas d'hystéropexie avec 8 récédives dues aux adhérences allongées. En plus de cette élongation existe un espace interutéro-pariétal parcouru par des ponts fibreux, agents redoutables d'un étranglement intestinal.

Mais la plus grave objection qu'on ait faite à l'hystéropexie, c'est d'être dangereuse pour la grossesse, à des degrés variables, il est vrai, suivant le procédé employé. Les statistiques de Demelin, Noble et Kustner démontrent surabondamment cette gravité. Demelin, sur 112 grossesses postérieures à l'hystéropexie abdominale, compte 20 interruptions (17 p. 100), dont 14 avortements (12 p. 100) et 6 accouchements prématurés (5 p. 100). Kustner, sur 17 cas de grossesse après l'hystéropexie, a enregistré 13 accouchements à terme, 2 prématurés et 2 avortements.

Les procédés de fixation portant sur le fond donnent les résultats les plus déplorables à ce point de vue, alors qu'ils sont réduits au minimum par l'hystéropexie isthmique.

Étant solidement fixé, l'utérus ne pourra subir son ascension normale qu'au prix de douleurs intenses et de tiraillements sur les adhérences qui ne sont pas sans inconvénients, le décollement placentaire et les hémorragies internes pouvant en résulter, menaçant la vie de l'enfant et celle de la mère.

De nombreux avortements à la suite de l'hystéropexie ont été

observés, et Piras (thèse Paris, 1894) rapporte 11 avortements sur 83 observations.

L'hystéropexie empêche également le développement normal de l'utérus. Le développement de la paroi postérieure de l'utérus devient exagéré par rapport à la paroi antérieure qui, gênée par les adhérences, ne peut la suivre dans cette évolution. Il en résulte une forme anormale de l'organe, à grand axe transversal, éminemment favorable aux présentations transversales du fœtus.

Milländer, dans une statistique, sur 74 grossesses, cite 3 présentations du tronc, 1 de l'oreille et 1 du siège.

Pinard, dans un rapport à la Société d'obstétrique de Paris, en 1898, cite les 6 observations suivantes : 1° présentations successives de l'épaule et du siège ; 2° placenta sur le segment inférieur : accouchement normal ; 3° accouchement normal ; 4° versions par manœuvres externes ; 5° épaule, rupture prématurée des membranes ; 6° version par manœuvres externes : accouchement spontané.

La situation élevée du fœtus, le travail traînant en longueur nécessitant souvent l'intervention du forceps, l'insertion vicieuse du placenta, etc., sont autant de faits imputables à l'hystéropexie.

Nous ne pouvons nous étendre davantage sur cette question, mais qu'il nous soit permis de dire que l'hystéropexie est une opération qui comporte trop d'inconvénients en général et pour la grossesse en particulier ; quelques faits que nous avons cités sont suffisants pour nous en convaincre.

Pour terminer cette question, nous considérons comme un devoir particulièrement agréable de citer un sage précepte émis par notre éminent maître, le professeur Rivière, dans la *Gazette hebdomadaire de Bordeaux* de 1894. « Toutes les fois qu'un chirurgien est appelé auprès d'une femme, non encore arrivée à la ménopause, à intervenir du côté du système génital, il ne lui est pas permis de méconnaître le rôle essentiel de ce système, la gravidité ; il ne saurait non plus impunément perdre de vue les conditions nécessaires pour que cette fonction s'accomplisse normalement. »

CHAPITRE V

Vagino-fixation.

L'idée de fixer le corps de l'utérus à la paroi vaginale remonte à 1850. A cette époque, Amussat essayait de pratiquer l'oblitération du cul-de-sac postérieur par les cautérisations dans le but de ramener le col de l'utérus en arrière.

Un peu plus tard, Herrick, Hunter et autres, agissant d'une manière plus chirurgicale, essayaient de maintenir le col rétro-pulsé au moyen de sutures à la paroi postérieure du vagin.

Ce n'est qu'en 1886 que Rabeneau eut l'idée de fixer l'utérus à la paroi vaginale antérieure en pratiquant une incision longitudinale du cul-de-sac antérieur qu'il transformait en incision transversale au moyen de sutures qui prenaient le col dont la lèvre antérieure était préalablement amputée en cas de lésions.

Depuis, de nombreux procédés de fixation vaginale, avec ou sans ouverture du péritoine, ont été proposés, mais nous ne décrirons, et cela sommairement, que deux procédés qui nous paraissent les plus importants.

Procédé de Mackenrodt. — On pratique une incision vaginale médiane antéro-postérieure allant du tubercule de l'urètre jusqu'au col. Par cette incision, on dissèque la vessie, on décolle la cloison vésico-utérine et on refoule le cul-de-sac vésico-utérin aussi haut que possible, mais sans l'ouvrir. On passe une série de fils à travers le péritoine et l'utérus; lorsqu'on noue ces fils, le cul-de-sac vésico-utérin se trouve oblitéré. La vagino-fixation

proprement dite est réalisée au moyen des mêmes fils que l'on passe de chaque côté à travers le lambeau vaginal, de telle sorte qu'en les nouant on ferme la plaie vaginale en même temps qu'on y colle l'utérus.

Procédé de Lührssen. — Publié par son auteur en 1890, il est semblable au procédé précédent; voici sa technique : Abaissement du col ; incision transversale du cul-de-sac antérieur ; séparation de la vessie du col utérin ; ouverture du péritoine ; pose de fils provisoires sur la paroi antérieure de l'utérus servant à l'attirer en antéversion ; suture du lambeau vaginal au lambeau péritonéal ; suture du fonds de l'utérus à la plaie vaginale ; fermeture de la paroi vaginale par un surjet.

La vagino-fixation est actuellement peu employée. C'est une méthode d'exécution parfois difficile, exposant aux blessures de la vessie et des uretères au cours de l'acte opératoire. Vu la difficulté qu'il y a pour obtenir une asepsie parfaite de la cavité vaginale, l'ouverture du péritoine à ce niveau est tout aussi dangereuse qu'une laparotomie ; à ce point de vue, elle n'a aucun avantage sur l'hystéropexie abdominale. En plus, c'est une opération aveugle, même lorsqu'elle est intrapéritonéale, ne permettant pas toujours de se rendre compte d'une façon aisée de l'état des annexes, si souvent malades au cours de la rétroversion, et de pouvoir les traiter convenablement. Elle est impraticable chez les femmes à vagin étroit et chez les vierges.

Les résultats obtenus à la suite de la vagino fixation sont à peu près ceux que nous avons décrits dans l'hystéropexie ; toutefois, elle présente quelques faits qui lui sont particuliers et que nous ne pouvons manquer de signaler.

En suturant l'utérus à la paroi vaginale lâche, et par conséquent facilement mobilisable, la fixation n'offre pas autant de solidité que celle que l'on obtient par l'hystéropexie abdominale ; les récidives sont donc fréquentes.

Trélat a jugé la vagino-fixation en disant « qu'on ne plante pas le clou dans une tenture ».

Les statistiques de Dührssen, auteur d'un procédé de vagino-

fixation, comme nous venons de le voir, confirment le jugement de Trélat, puisque sur 197 cas cet auteur a noté 12 récidives, et dans une autre statistique portant sur 111 cas, il y a eu 32 récidives, 27 fois à la suite de la grossesse.

Winter, sur 14 opérations, a eu 14 récidives, mais une telle proportion serait plutôt due à une mauvaise technique opératoire.

Son influence néfaste sur la puerpéralité n'est pas moins grande que celle de l'hystéropexie abdominale. A côté des dangers communs pour cette dernière opération et que nous avons déjà signalés, la fréquence des avortements paraît être plus grande à la suite de la vagino-fixation. Demelin cite 19 avortements sur 95 grossesses. La statistique de Kustner est encore moins favorable à cet égard ; sur 48 grossesses, cet auteur a eu l'occasion d'enregistrer 18 avortements, chiffre réellement élevé.

L'antéversion exagérée de l'utérus prédispose à l'insertion vicieuse du placenta sur le segment supérieur de l'utérus le plus souvent, ce qui favorise évidemment la rupture prématurée des membranes. Par suite de contractions irrégulières de l'utérus au cours du travail, sa rupture peut se produire, et Martin en rapporte une observation très intéressante (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, 1912).

Le col reste souvent très élevé, et dans certains cas, on a noté une distance de 32 centimètres entre la vulve et l'orifice utérin. Les présentations vicieuses, en particulier transversales, et les procidances de cordon ne sont pas rares. Stressmann (*Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd L) rapporte un cas de présentation transversale, avec la procidance du cordon ; la version fut exécutée avec les plus grandes difficultés en raison des rapports nouveaux établis par la vagino-fixation ; les hémorragies *post partum* des plus graves. Un autre cas : accouchement impossible par les voies naturelles, orifice cervical dirigé en haut et en arrière vers le promontoire. L'opération de Poro est pratiquée. Mort par hémorragie intrapéritonéale une heure et demie après l'opération.

Devant de tels résultats, y a-t-il un intérêt à pratiquer le

vagino-fixation. Évidemment non. Bien faite, la fixité absolue de l'utérus contrarie d'une façon sérieuse l'évolution de la grossesse; si, au contraire, elle est mal faite, ce qui vaut encore mieux, la rétroversion ne tarde pas à se reproduire. Les partisans de la vagino-fixation sont peu nombreux et encore le sont-ils à condition qu'elle ne soit pas bien faite.

Pour notre part, nous la jugeons dangereuse et indigne de la chirurgie actuelle qui dispose d'autres moyens beaucoup plus sûrs et moins dangereux. Ses indications n'existent pour ainsi dire pas et c'est au plus si on peut l'appliquer chez une femme ayant dépassé la ménopause, et encore faut-il que la femme refuse catégoriquement toute intervention abdominale.

CHAPITRE VI

Raccourcissement extrapéritonéal des ligaments ronds.

Opération d'Alexander.

Cette opération consiste dans le raccourcissement des ligaments ronds par la voie inguinale extrapéritonéale.

L'idée de raccourcir les ligaments ronds pour traiter les rétroversions de l'utérus fut conçue par le professeur Alquié, de Montpellier, qui la présente dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine en 1840. Mais la proposition d'Alquié pour le traitement des rétroversions de l'utérus enthousiasma fort peu les chirurgiens de son temps et Aran s'exprimait à son sujet de la façon suivante : « Mais le déplacement est permanent et il y a tout lieu de croire qu'il est la cause des accidents dont se plaignent les malades. Que faire? Nul doute, si la chose était possible, que l'on dût agir sur les ligaments ronds et l'on peut même se demander avec le professeur Alquié si pour les abaissements et rétroversions il n'y aurait pas lieu de raccourcir artificiellement les ligaments ronds, mais ce sont là des choses sinon impraticables, du moins dont l'exécution présente de sérieuses difficultés et des dangers tels qu'on ne saurait les recommander expressément. »

Ce n'est que plus tard, en 1880, que l'idée d'Alquié fut reprise et l'opération exécutée pour la première fois par Alexander, de Liverpool, qui, paraît-il, ignorait totalement la proposition de son collègue. Enfin Adam's, de Glasgow, s'attacha à la vulgariser,

d'où le triple nom d'Alquié-Alexander-Adam's que l'on donne fréquemment à cette opération ; pour plus de brièveté, nous l'appellerons tout simplement l'opération d'Alexander.

Avant d'aborder l'étude de la valeur thérapeutique de l'Alexander, il nous est indispensable de connaître sa technique que nous allons exposer très brièvement.

Technique opératoire.

Premier temps : Incision de la paroi et découverte des ligaments. — Après l'anesthésie, on pratique une incision partie de l'épine pubienne et menée parallèlement au canal inguinal de chaque côté. On va à la recherche de l'orifice inguinal superficiel et ensuite à celle du ligament rond. Au lieu de chercher le ligament rond à sa sortie du canal inguinal, certains auteurs préfèrent inciser la paroi antérieure de ce canal et ainsi faciliter la découverte du ligament rond.

Deuxième temps : Dégagement des ligaments et redressement de l'utérus. — On tire de chaque côté sur les ligaments ronds découverts et pour aider à ce redressement on se sert habituellement d'un hystéromètre redresseur. La traction sur les ligaments sera exercée jusqu'à ce qu'on sente le corps de l'utérus derrière le pubis.

Troisième temps : Fixation des ligaments et occlusion de la plaie. — La portion extérieure des ligaments ronds, correspondant à une longueur de 8 à 10 centimètres suivant les cas, est excisée et le pédicule est solidement fixé à l'aponévrose du grand oblique. Pour réaliser une meilleure fixité, on passe quelques fils de soie en même temps dans l'épaisseur du ligament rond et l'aponévrose du grand oblique. On refait la paroi antérieure du canal inguinal (si on l'a incisée) et on suture la plaie sans drainage avec les crins de Florence comme d'habitude.

Quatrième temps : Alexander préconise l'introduction d'un pessaire qui maintiendra l'utérus en bonne position pendant la convalescence.

Cette opération a le mérite d'être physiologique, et par con-

séquent bénigne, la fixation de l'utérus étant obtenue au moyen des agents de suspension normale, les ligaments ronds. Ne provoquant aucune adhérence utéro-pariétale, la mobilité normale de l'utérus sera parfaitement conservée.

Elle est sans influence néfaste sur l'évolution de la grossesse ; au contraire, celle-ci est favorisée par l'attitude absolument normale de l'utérus. L'hypertrophie des ligaments ronds pendant la grossesse et leur involution après celle-ci se feront normalement.

Alexander, sur 8 cas de grossesse, a vu heureusement accoucher 7 de ses opérées.

Lamort, élève du professeur Rivière, rapporte 14 grossesses sur 16 opérations d'Alexander.

Cependant, on a signalé quelques avortements à la suite de l'Alexander, mais en approfondissant ces observations, on se rend rapidement compte qu'ils étaient dus aux causes étrangères à l'opération.

Mais ces chances thérapeutiques de l'opération d'Alexander sont strictement subordonnées aux indications précises en dehors desquelles elle risque d'être nuisible, sinon dangereuse. Les nombreux insuccès de cette opération sont dus, en grande partie, à ce que certains auteurs ont voulu en faire une méthode générale de traitement applicable à tous les cas de rétroversion.

L'Alexander sera pratiqué avec avantage dans les rétroversions récentes franchement mobiles, non adhérentes, avec les annexes en parfait état. Cependant, ces cas sont assez rares, et en plus nous savons qu'il est parfois difficile de dire qu'une rétroversion est libre (fausse mobilité). Donc, les indications de l'Alexander se trouvent réduites à un petit nombre de cas ; telle est, d'ailleurs, l'opinion de M. Hartmann et la nôtre également.

N'exigeant pas l'ouverture du péritoine, elle est susceptible de nombreux reproches.

« Toute méthode de traitement des rétroversions de l'utérus, dit Gosset, ne comportant pas l'ouverture du péritoine doit être rejetée. »

En cas de rétroversion adhérente, la réduction de l'utérus est impossible, les tractions exercées sur les ligaments ronds étant

inefficaces, et nous dirons dangereuses même, pouvant déterminer des déchirures internes graves.

C'est une opération aveugle, car elle ne permet pas au chirurgien de se rendre compte de l'état des annexes et, en cas de besoin, de leur appliquer un traitement rationnel; aussi est-elle formellement contre-indiquée dans les formes graves, compliquées d'infection.

« Je considère, comme plusieurs de mes collègues, dit Terrillon, que l'Alexander est une bonne opération dans les cas simples, qu'elle est mauvaise s'il y a de la métrite, des adhérences, si la réduction est difficile. »

On a reproché à l'opération d'Alexander d'être parfois d'exécution difficile, la découverte des ligaments ronds dans leur portion extrapéritonéale, souvent atrophiée et réduite à quelques filets ligamenteux, n'étant pas toujours chose aisée, surtout chez les femmes grasses.

Son grand défaut est de chercher à suspendre l'utérus par cette portion ligamentaire affaiblie et étirée par les tractions antérieures, incapable de remplir la tâche qu'on lui attribue et permettant, dans bien des cas, la récurrence.

Un autre argument a été invoqué contre l'opération d'Alexander; c'est le cas d'insertion basse des ligaments ronds, à vrai dire très rare, qui, au lieu d'agir sur le fond de l'utérus, n'agissent qu'au niveau de sa partie moyenne et les tractions exercées sur les ligaments, loin de corriger la rétroversion, l'exagèrent au contraire.

Quant à la possibilité d'une hernie inguinale post-opératoire, elle sera soigneusement évitée par une restauration minutieuse du canal inguinal.

Nous croyons, pour notre faible part, que l'opération d'Alexander est une bonne opération, mais nous reconnaissons aussi que le nombre de cas où elle est indiquée est très restreint. Ayant eu sa vogue à l'époque où on craignait d'ouvrir le péritoine, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui, elle peut être avantageusement remplacée par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, d'exécution tout aussi facile et plus sûre de ses résultats.

CHAPITRE VII

Raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds.

Reconnaissant le rôle important que jouent les ligaments ronds dans la statique de l'utérus et le principe physiologique dont s'inspire l'opération d'Alexander, qui avait cependant le grave inconvénient de ne pas nécessiter l'ouverture du péritoine, certains auteurs eurent l'idée de traiter la rétroversion de l'utérus par le raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds et le doter ainsi de tous les avantages d'une laparotomie. Les noms de Wylie, Dudlay, Polk, Charles Beck en Amérique; celui de Ruggi en Italie, et Doléris en France, se rattachent intimement à la question, et ils furent les premiers à pratiquer le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds. C'est un procédé applicable à toutes les rétroversions, même les plus graves, comportant le minimum de danger.

Les beaux résultats obtenus à la suite du raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds, mentionnés dans les nombreuses observations provenant de tous les pays, paraissent lui réserver, d'ores et déjà, la première place dans le traitement chirurgical des rétroversions de l'utérus. Cependant, ici comme ailleurs, les techniques préconisées sont nombreuses et fort variées; elles ne méritent pas toutes les mêmes éloges.

Nous passerons rapidement en revue l'étude critique des principaux procédés de raccourcissement des ligaments ronds, en réservant un chapitre spécial à la ligamentopexie de Doléris.

Procédé de Wylie. — Praticqué pour la première fois par Wylie en 1886, ne fut publié qu'en 1888 (*Pittsburg medical Review*). Après la réduction de l'utérus, chaque ligament est saisi en son milieu, à égale distance de la corne utérine et du pubis, avec une pince, et attiré en dehors par la plaie abdominale. On avive, en grattant le péritoine qui la recouvre, la face interne du pli formé en soulevant ce ligament. On place ensuite des sutures destinées à accoler les deux parties de l'anse de la manière suivante. Trois solides ligatures de soie sont passées à travers le ligament à 1 centimètre environ les unes des autres, en prenant dans leur anse le plus de ligament rond possible. Ces sutures sont serrées avec précaution pour éviter de sectionner les parties que l'on veut accoler. Le raccourcissement ainsi réalisé est de 6 centimètres environ.

Procédé de Ruggi. — Ressemblant beaucoup au précédent, en diffère cependant par quelques points de détails. Pour plicaturer les ligaments ronds, Ruggi se sert d'une aiguille assez longue, munie de fil de soie, avec laquelle il traverse de dehors en dedans le repli péritonéal recouvrant le ligament rond, immédiatement au-dessous de ce dernier et tout près de son entrée dans le canal inguinal. Ensuite, la même soie est passée de dedans en dehors et toujours au-dessous du ligament rond, à 2 centimètres environ de son insertion sur la corne. En serrant les deux chefs de soie, on rapproche les extrémités du ligament, en formant ainsi une anse à convexité externe. Pour accoler les deux branches de l'anse, Ruggi se sert d'un catgut de grosseur moyenne et assez long. Après avoir accolé les deux extrémités par plusieurs points de sutures, il accole les branches de l'anse par un surjet qu'il poursuit jusqu'au sommet de cette anse, puis revient à son point de départ, c'est-à-dire aux extrémités réunies du ligament rond.

Procédé de Dudley. — Il s'inspire du même principe que le procédé de Wylie, avec la différence que Dudley, après avoir plicaturé les ligaments ronds, préfère les fixer à la face anté-

rière de l'utérus; voici, en résumé, la façon dont il procède : Après laparotomie et réduction de l'utérus, le chirurgien pratique sur la face antérieure de l'utérus et de chaque côté de la ligne médiane une bandelette d'avivement d'environ 1 centimètre se dirigeant de l'insertion du ligament rond sur la corne utérine vers le cul-de-sac vésico-utérin sans l'atteindre. L'avivement est obtenu par le simple grattage, avec le tranchant du bistouri, de la surface interne couverte par la séreuse. Par une petite incision, on isole l'extrémité utérine des ligaments de leur repli péritonéal, on les mobilise, on les attire en dehors, la plaie péritonéale est fermée au catgut; ensuite, on applique les ligaments de chaque côté sur les surfaces avivées où on les fixe par les sutures au catgut en surjet ou par points séparés.

Pour consolider les adhérences, Dudley préconise la réunion par un ou plusieurs points de sutures de deux anses ligamentaires au niveau de leur contact.

De cette façon l'insertion des ligaments ronds est transplantée des cornes utérines aux deux extrémités d'une ligne horizontale correspondant à la jonction du tiers inférieur aux deux tiers supérieurs de l'utérus.

Procédé de Polk. — Après l'ouverture de l'abdomen et les réductions de l'utérus, son maintien dans cette position est assuré par un aide. On procède alors au dépouillement des ligaments ronds de leur séreuse sur une longueur de 4 centimètres environ. Les ligaments libérés sont attirés au dehors et la plaie péritonéale est fermée au-dessous des ligaments ainsi extériorisés par un surjet au catgut. Les deux ligaments sont adossés l'un à l'autre au-devant de l'utérus au moyen de plusieurs points de sutures formant un X. Il est évident que le raccourcissement des ligaments, sera d'autant plus grand que la ligne de leur adossement sera plus longue.

Procédé de Charles Beck. — La malade placée dans la position de Trendelenburg, on fait une laparotomie sus-

pubienne. Les ligaments ronds sont saisis par une pince et on les dépouille de leur revêtement séreux sur une petite étendue. La plaie péritonéale sera fermée comme dans le procédé précédent. Chaque anse ligamentaire est attirée dans la plaie abdominale et on procède ensuite à la suture du péritoine et de la ligne blanche. Les fils servant à la suture de la peau prennent dans leurs anses une ou plusieurs fois les ligaments ronds de façon à les coudre solidement dans l'épaisseur même du derme.

Procédé de Baldy-Dartigues. — Dans ce procédé comme dans celui de Polk, on réalise l'adossement de deux ligaments ronds, mais derrière l'utérus au lieu de devant, et d'une façon un peu spéciale. Après laparotomie, on pratique une petite boutonnière au niveau de l'aileron supérieur du ligament large, puis avec une pince de Kocher on va saisir d'arrière en avant les ligaments ronds de chaque côté et on les ramène sur la partie médiane et moyenne de la face postérieure de l'utérus. On les suture entre eux, et ensuite par plusieurs points de sutures on les réunit à la paroi postérieure.

Les fils servant aux sutures doivent être non résorbables. Les ligaments ainsi disposés sont raccourcis en même temps qu'ils appuient sur la face postérieure de l'utérus.

La supériorité incontestable de tous les procédés réside dans la laparotomie et le moyen dont ils se servent pour obtenir la fixation de l'utérus, aussi leur bénignité est incontestable.

Cependant ils laissent à désirer sur plusieurs points. La simple plicature, telle qu'on la réalise dans les procédés de Wylie, Ruggi, etc., n'est pas toujours suffisante; les grossesses répétées ou le simple poids de l'utérus peuvent arriver à faire lâcher les points de suture ou faire sectionner les ligaments ronds par les fils de soie et ainsi permettre la reproduction de la rétroversion.

Les procédés de Dudley et Baldy-Dartigues donnent une fixation plus solide, mais à cause des sutures qui intéressent le corps de l'utérus comportent quelques risques lorsqu'on les

pratique au cours de la grossesse, celle-ci pouvant être interrompue grâce aux contractions énergiques de l'utérus provoquées par l'acte opératoire. Le procédé de Polk évite cet inconvénient au prix d'une récurrence possible, la simple réunion de deux ligaments n'étant pas très solide.

Enfin, le grand inconvénient qu'ont tous ces procédés est de conserver l'insertion inguino-pubienne des ligaments ronds. En effet, dans plusieurs de ces procédés on cherche par des moyens différents à supprimer la portion musculaire et résistante des ligaments ronds, seule utile et capable de maintenir l'utérus en bonne position, et on demande ce maintien à la portion extra-péritonéale des ligaments ronds, presque toujours atrophiée, affaiblie et réduite à quelques filets ligamenteux de faible importance. Sous l'influence de tractions exercées par l'utérus grévise en particulier, cette portion ligamentaire faible se laisse facilement étirer, jusqu'au point de permettre la récurrence de la rétroversion.

Les procédés de Charles Beck et de Doléris évitent cet inconvénient en supprimant l'insertion inguino-pubienne. Après avoir décrit très sommairement le premier, nous passerons maintenant au deuxième qui nous intéresse surtout et sur lequel nous tâcherons d'être un peu plus détaillé

CHAPITRE VIII

Ligamentopexie de Doléris.

Avant d'inventer son procédé, M. Doléris avait employé, tour à tour, divers procédés opératoires dans le but de traiter les rétroversions de l'utérus. Mais devant les nombreuses déceptions que lui apportèrent certains d'entre eux, il fut vite obligé de les abandonner pour les remplacer par d'autres lui paraissant meilleurs; c'est ainsi qu'il fut amené à pratiquer pendant plusieurs années l'opération d'Alexander. Mais pendant cette courte pratique il ne tarda pas à s'apercevoir de tous les défauts de l'Alexander, le raccourcissement simple intrapéritonéal des ligaments ronds ne lui paraissant guère supérieur, au point de vue de la solidité de fixation surtout. C'est dans le but de remédier à ces inconvénients que Doléris imagina le premier l'inclusion des ligaments ronds dans la paroi abdominale antérieure et pratiqua cette opération pour la première fois, le 31 janvier 1889.

Ce procédé, qui consistait, après laparotomie préalable, à fixer les ligaments ronds au moyen de sutures, dans l'angle inférieur de la plaie, fut abandonné par son auteur peu de temps après et il ne le reprit qu'en 1900, en lui apportant quelques modifications. Donc, dans cet ouvrage, nous n'aurons en vue que ce second procédé, publié pour la première fois dans la très intéressante thèse de Hivet, en 1901, à laquelle d'ailleurs nous empruntons la description de la technique.

Technique opératoire.

Premier temps : Ouverture de l'abdomen. — La malade étant anesthésiée et les précautions d'usage étant prises, on fait sur la ligne médiane une incision de 8-10 centimètres qui, de la partie moyenne du pubis, se dirige verticalement en haut vers l'ombilic. En incisant plan par plan la peau, les tissus cellulaires sous-cutanés, la ligne blanche très épaisse et très résistante à ce niveau est respectée dans sa partie inférieure dans une hauteur d'environ 2 centimètres à partir du pubis, enfin le péritoine est incisé à son tour.

Deuxième temps : Reconnaissance, libération et réduction de l'utérus. — Pendant qu'un aide écarte vigoureusement les lèvres de la plaie et qu'un autre relève soigneusement la masse intestinale qui se recline d'elle-même si l'on a préalablement placé la malade dans la position de Trendelenburg, le chirurgien introduit la main ou simplement le médius dans le cul-de-sac de Douglas. Le fond de l'utérus étant reconnu et les adhérences détruites, on ramène la matrice en antéverson normale en la saisissant au moyen d'une pince tire-balle et on traite les annexes, quand elles sont malades, comme il convient.

Troisième temps : Reconnaissance et saisie des ligaments ronds. — Les ligaments ronds ne sont facilement reconnus qu'à 4-5 centimètres de l'utérus, car auparavant les fibres sont éparpillées, tandis qu'à ce niveau ils sont constitués par un cordon unique blanchâtre nettement saillant sous la séreuse péritonéale et aisément appréciable. C'est en ce point que le chirurgien doit les saisir afin de les attirer au dehors. Pour cela, après les avoir bien reconnus, après s'être assuré, en particulier, qu'il ne s'agit pas de trompes, faciles à distinguer par leur élargissement au niveau du pavillon et leur situation plus postérieure, il passe au-dessous de chacun d'eux, au moyen d'une aiguille courbe, une anse de fort fil de soie ou de gros catgut. A ce moment, M. Doléris pratique, au moyen du bistouri, de chaque côté de la ligne médiane et au niveau de la bandelette fibreuse

qu'il a laissée intentionnellement, un petit orifice traversant à la fois le péritoine, les muscles et leur aponévrose. Cet orifice est juste suffisant pour permettre de chaque côté le passage du ligament rond correspondant soulevé par l'anse de fil de soie ou de catgut.

Quatrième temps : Fixation des ligaments ronds dans la plaie. Fermeture de l'abdomen. — Tout d'abord, on accole solidement l'une à l'autre au moyen de deux ou trois gros catguts, les anses ligamentaires passées à travers les orifices fibreux. On suture ensuite les plans péritonéal et musculo-aponévrotique suivant l'usage. A ce moment, M. Doléris conseille de reprendre encore avec deux crins les anses ligamenteuses qui se trouvent ainsi incluses dans le derme. Grâce à ce dernier temps, les ligaments ronds se trouvent fixés d'une double façon :

1° Par leur accollement intime l'un à l'autre au-devant d'un solide pont fibreux très résistant auquel ils se trouvent ainsi tous deux amarrés très solidement ;

2° Par leur inclusion dans le derme.

Indications opératoires. — La ligamentopexie de Doléris est applicable à toutes les formes de la rétroversion et en particulier dans les rétroversions de l'utérus adhérent s'accompagnant de phénomènes annexiels. La laparotomie qu'elle nécessite permet au chirurgien de constater les lésions annexielles, si souvent observées au cours de la rétroversion et d'un diagnostic parfois difficile en dehors de la laparotomie, et, au besoin, de pouvoir pratiquer un traitement complémentaire si important pour l'obtention d'un résultat parfait.

Pendant la grossesse, on est souvent obligé d'intervenir par laparotomie pour réduire un utérus rétroversé et incarcéré ; après quoi, on doit procéder à la fixation par la ligamentopexie, la seule capable de le maintenir en antéversion normale d'une façon durable et sans aucun danger pour la grossesse. En effet, Jacobs, Schwartz, Pauchet et Doléris lui-même ont pratiqué maintes fois la ligamentopexie au cours de la grossesse et ont toujours eu de bons résultats, la grossesse continuant son évolution normale jusqu'au terme.

Résultats orthopédiques et fonctionnels. — Contrairement aux autres procédés de raccourcissement des ligaments ronds, la ligamentopexie de Doléris utilise la portion musculaire et résistante de ces ligaments en les saisissant tout près de leur insertion sur la corne utérine.

Par leur inclusion dans un canal artificiel créé en pleine masse musculo-aponévrotique des muscles grands droits et par leur réunion au-devant d'un pont fibreux représenté par la ligne blanche, très épaisse et résistante à ce niveau, la ligamentopexie supprime la portion externe des ligaments ronds ainsi que leur insertion inguino-pubienne très souvent atrophiée et effilée par les tractions antérieures. M. Gosset (*Journal de chirurgie*, 1912) rapporte des faits très intéressants à ce sujet : « Dans la presque totalité des cas, dit-il, j'ai pu constater l'atrophie plus ou moins accentuée d'un ou plus souvent de deux ligaments ronds, avec élongation, mais, chose importante, quel que soit le degré de cette atrophie, il persiste presque toujours (18 fois sur 20 d'après nos constatations opératoires) une portion de ligament qui est épaisse et très résistante, c'est le segment juxta-utérin du ligament rond dans une étendue de 4 à 5 centimètres et le procédé de Doléris s'adresse justement à cette portion résistante. »

La fixation de l'utérus ainsi obtenue sans créer aucune adhérence utéro-pariétale fournit le maximum de garanties contre la possibilité d'une récurrence ultérieure, tout en donnant à l'utérus réduit sa position normale d'antéversion, sans la moindre hypercorrection, comme cela arrive fréquemment dans les autres procédés et en respectant sa propriété normale, la mobilité.

Au point de vue fonctionnel, la ligamentopexie a un effet aussi rapide qu'efficace. Les douleurs plus ou moins intenses s'irradiant vers les lombes et les faces internes des cuisses, si souvent observées au cours de la rétroversion, disparaissent rapidement après l'opération comme nous avons eu l'occasion de le constater chez les malades dont nous rapportons les observations.

Les menstrues, irrégulières auparavant, peu abondantes,

s'accompagnant d'écoulements leucorrhéiques, sont améliorées. La constipation, due à la compression du rectum par l'utérus rétroversé, disparaît comme par enchantement, alors que les moyens médicaux les plus énergiques y ont échoué. Cependant il ne faut pas se faire d'illusions à ce sujet, car chez certaines femmes à tempérament neurasthénique, avec un intestin atone, la constipation peut persister, mais la rétroversion n'est plus en cause, pas plus que l'opération.

Enfin l'état psychique de la malade, si souvent altéré au cours de cette affection pénible qu'est la rétroversion, se trouve totalement modifié du seul fait de l'opération.

La ligamentopexie et la puerpéralité. — L'influence de divers procédés opératoires sur la puerpéralité a toujours été la question la plus discutée dans le traitement des rétroversions de l'utérus et a servi aux auteurs, en quelque sorte, de critérium pour apprécier la valeur réelle de ces procédés.

Tandis que par les uns, tels que les hystéropexies directes, on obtenait des résultats orthopédiques et fonctionnels relativement satisfaisants, au contraire, leur influence sur l'évolution de la grossesse était des plus déplorables, jusqu'à les contre-indiquer formellement chez les femmes en activité génitale.

Les autres, tels que le raccourcissement des ligaments ronds, sont en harmonie avec les exigences gravidiques, mais soumis à la rude épreuve de plusieurs grossesses consécutives, ils se montrèrent souvent inefficaces, permettant souvent la récurrence de la rétroversion.

La ligamentopexie de Doléris, en réunissant les avantages et en évitant les inconvénients de ces divers procédés, nous paraît la plus obstétricale.

Nous avons déjà dit combien la stérilité était fréquente chez les femmes atteintes de rétroversion de l'utérus et il serait intéressant d'envisager dans une étude spéciale les rapports qui existent entre la stérilité et la rétroversion, d'une part, la stérilité et le redressement opératoire de l'utérus, d'autre part. Dans cet ouvrage, nous nous contenterons d'en dire quelques mots seulement.

Par le simple redressement de l'utérus et sa fixation en position physiologique que l'on obtient surtout par la ligamentopexie de Doléris, on favorise la pénétration des spermatozoides dans la cavité utérine et il est remarquable de constater que telle femme, restée jusque-là stérile, devient féconde grâce à l'opération. Les observations de ce genre existent en très grand nombre; nous n'en citerons qu'une qui nous paraît particulièrement intéressante. Servettaz (thèse Montpellier, 1907) rapporte le cas suivant : « Une femme atteinte de rétroversion de l'utérus et de stérilité fut opérée sur sa demande par ligamentopexie afin de pouvoir devenir mère. Elle eut trois enfants et une fausse couche. »

L'évolution de la grossesse se fait normalement grâce à la suspension naturelle de l'utérus. Celui-ci pourra subir son ascension normale sans causer de tiraillements douloureux, comme cela s'observe dans les fixations directes de l'utérus. Les ligaments ronds subissent leur hypertrophie et s'allongent autant que cela est nécessaire. L'utérus, libre de toute entrave pathologique, pourra se développer uniformément en conservant son grand axe vertical; aussi les présentations transversales fréquentes après l'hystéropexie ne sont pas plus souvent observées à la suite d'une ligamentopexie que chez une femme n'ayant jamais subi aucun acte opératoire sur l'utérus.

Grâce aux contractions régulières et énergiques de l'utérus, le travail se fera rapidement et normalement. La situation élevée de la partie fœtale en présentation, la dilatation lente du col, la rupture utérine ne peuvent être reprochées à la ligamentopexie.

Donc, nous venons de voir quelle est l'influence de la ligamentopexie sur la grossesse, mais il est tout aussi intéressant de savoir comment se comporte la grossesse à l'égard de la ligamentopexie.

D'après les nombreuses observations, il en résulte que la portion résistante des ligaments ronds qu'utilise la ligamentopexie et l'inclusion dans la paroi de ces ligaments sont grandement suffisantes pour maintenir l'utérus en bonne position, même après plusieurs grossesses.

M. Doléris a eu l'occasion de constater ce fait *de visu* au cours d'une laparotomie secondaire pratiquée chez plusieurs malades ayant subi la ligamentopexie et plusieurs grossesses consécutives.

Donc, la ligamentopexie de Doléris nous paraît excellente au triple point de vue orthopédique, fonctionnel et gravidique, et quelques statistiques que nous rapportons en sont la meilleure preuve.

M. Gosset (*Journal de chirurgie*, 1912) a eu l'occasion d'opérer par le procédé de Doléris, qu'il a adopté en 1906, 53 malades et n'a enregistré aucun accident ni incident.

Ferry (Thèse Paris, 1905) rapporte 45 cas d'opération par le même procédé dont 8 grossesses. Aucune récurrence, l'utérus ayant conservé la position physiologique qu'on lui avait donnée.

Chauta lui-même, auteur d'un procédé opératoire pour traiter les rétroversions de l'utérus, se montre grand partisan du procédé de Doléris qu'il pratique couramment et n'a jamais eu d'accidents ni de mortalité.

Doléris (Congrès de Rouen, 1901) rapporte 84 cas personnels sans récurrence. Une autre statistique provenant du même auteur, publiée dans *La Gynécologie* de 1904, porte sur 90 cas opérés par son procédé. Il a eu la satisfaction d'enregistrer 10 cas de grossesse (3 de ces femmes opérées pendant la grossesse aux troisième et quatrième mois). Grossesse et accouchement ont été parfaits en tous points. Une de ces opérées est devenue enceinte pour la seconde fois ; une grossesse chez une secondipare. Enfin, une stérile ayant eu même des lésions annexielles, traitées par les procédés conservateurs, a eu 2 grossesses.

Nous regrettons de ne pas posséder les statistiques plus récentes de cet auteur qui nous auraient été d'un concours très précieux.

Inconvénients de la ligamentopexie. — La plupart des objections qu'on a adressées à cette opération sont, soit insignifiantes, soit injustifiées, ou communes aux autres procédés opératoires.

On lui reproche, par exemple, de nécessiter l'ouverture du péritoine, alors que dans cela même consiste sa supériorité sur

les procédés extrapéritonéaux. En plus, nous savons que dans l'état actuel de la chirurgie, une laparotomie bien faite ne constitue pas un fait aggravant d'une opération.

L'infection péritonéale, blessure de l'intestin ou de la vessie, est assurément moins fréquente que dans les autres procédés péritonéaux, parce que les manœuvres chirurgicales se passent, la plupart du temps, en dehors de la cavité péritonéale.

La nécrose des ligaments ronds, déterminée par l'écrasement à la pince ou par leur inclusion dans le canal artificiel, n'est pas possible de l'avis de M. Gosset. Cet auteur a écrasé intentionnellement des ligaments ronds et n'a pas observé de nécrose, celle-ci pouvant être attribuée plutôt à l'infection.

La constatation de M. Rouhier n'en est pas moins importante ; il a eu l'occasion de faire ce qu'il appelle « une vérification anatomique » : ayant laparotomisé une malade qui avait subi antérieurement une ligamentopexie, il put se rendre compte que les ligaments ronds inclus dans la paroi ont gardé toute leur vitalité et souplesse et que leur résistance était importante puisqu'ils étaient en mesure de soutenir en position normale un utérus très gros et alourdi.

L'occlusion intestinale, par l'engagement de l'intestin dans un espace interutéro-vésical, créée par ligamentopexie, nous paraît plutôt théorique que pratique ; cet espace triangulaire, à base postérieure et à sommet antérieur, sans doute existe, mais il est suffisamment large pour ne pas permettre un étranglement interne. Cependant, le professeur Muret, de Lausanne, a pu réunir 5 cas d'occlusion intestinale à la suite de la ligamentopexie, mais il ne précise pas leur véritable cause qui, à notre point de vue, peut être autre que celle que nous venons de citer. En effet, en décollant les adhérences ou après ablation des annexes, on laisse des surfaces cruentées qui peuvent donner origine aux brides fibreuses secondaires capables de déterminer l'étranglement.

A notre connaissance, on n'a pas fait d'autres objections à la ligamentopexie et, s'il en existe quelques-unes, elles doivent être d'une importance secondaire.

Après avoir exposé, très sommairement il est vrai, les avantages et inconvénients de la ligamentopexie de Doléris, nous laissons le soin au public médical de juger sa valeur thérapeutique.

Pour notre part, nous la croyons nettement supérieure à tous les points de vue aux procédés de fixation directe, passibles de nombreuses objections, comme nous l'avons vu au cours de ce travail.

Quant aux procédés de fixation indirects, nous ne pouvons mieux faire que de rapporter l'excellente opinion de MM. Delbet et Le Dentu : La meilleure ligamentopexie est celle qui consiste à fixer les ligaments ronds à la paroi abdominale antérieure et elle est représentée par le procédé de Doléris.

CHAPITRE IX

Observations.

OBSERVATION I (inédite).

Rétroversion douloureuse. Léger prolapsus. Ovaire gauche kystique.
Raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds avec inclusion intrapariétale suivant le procédé de Doléris.

M^{me} M. B..., âgée de 42 ans, ménagère, vient à la consultation de M. le professeur Guyot pour des douleurs très violentes qu'elle éprouve dans le bas-ventre, rendant sa profession impossible.

Histoire de la maladie. — Déjà en 1910, la malade avait constaté une légère descente de la matrice s'accompagnant de douleurs et envies fréquentes d'uriner. Au mois d'août 1915 elle entre à l'Hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Guyot, qui porte le diagnostic de prolapsus utérin. On lui fit subir une opération consistant en la résection du plancher périnéal et colporrhaphie postérieure. Les suites opératoires furent d'ailleurs des plus normales et quinze jours après, la malade rentre chez elle complètement soulagée.

En 1918, un premier accouchement nécessitant l'incision du périnée. Suites normales. Vingt et un jours après, la malade quitte le lit et se porte très bien.

En 1920, un deuxième accouchement sans rien d'anormal. Elle se lève, cette fois-ci, au bout de quinze jours et reprend son travail comme d'habitude.

Mais à ce moment les douleurs firent leur réapparition et la matrice recommençait à descendre. Envies fréquentes d'uriner.

Après deux ans de souffrance, la malade se décide à porter un

pessaire, mais celui-ci ne la soulageant point, elle rentre à l'hôpital le 15 novembre 1923.

Antécédents personnels. — Régée à 16 ans. Depuis lors, les règles avançaient toujours un peu. Pas de pertes blanches. Jamais de fausses couches. Enfants bien portants.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Mère bien portante, père mort à 85 ans d'une fluxion de poitrine. Deux frères, l'un mort d'une insolation, l'autre bien portant. Une sœur morte à 32 ans de méningite.

Examen de l'appareil génital. — Lorsque la malade pousse, on constate un léger degré de prolapsus. Périnée normal; on aperçoit cependant la cicatrice due à l'incision pratiquée lors du premier accouchement.

Toucher. — On sent l'utérus en rétroversion très nette et mobile dans tous les sens. Col de dimension et consistance normales.

Opération, le 24 novembre 1923. — Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Ovaire gauche kystique. Cautérisation au thermocautère. Réduction de l'utérus et raccourcissement des ligaments ronds suivant le procédé de Doléris. Suture du péritoine par un surjet et la pose d'un drain dans l'espace prévésical. Suture musculo-aponévrotique des grands droits par un surjet. La peau est suturée aux crins de Florence.

Suites opératoires. — Tout à fait normales. La malade fait d'abord un peu de fièvre, mais qui tombe peu à peu. Disparition complète des douleurs. Les mictions deviennent plus fréquentes. La malade quitte l'hôpital vingt jours après l'opération, en très bon état.

OBSERVATION II (inédite).

Rétroversion de l'utérus. Ovaires scléro-kystiques. Opération de Doléris.

M^{me} M. S..., âgée de 32 ans, ménagère, entre à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Guyot, pour constipation opiniâtre et difficulté d'uriner.

Histoire de la maladie. — Depuis dix ans, cette malade présente des alternatives de diarrhée avec des selles glaireuses et de constipa-

tion opiniâtre, passant des semaines entières sans aller à la selle. Elle présente également des douleurs aiguës de type névralgique sans localisations précises sur toutes les parties du corps, occasionnant parfois des vertiges et perte de vue; caractère nerveux et très irritable; mais le symptôme dominant est la constipation, pour laquelle d'ailleurs elle entre à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Venue à terme. Réglée à 13 ans. Au début, les règles sont régulières, durant trois à quatre jours, et ce n'est que vers l'âge de 23 ans que surviennent quelques troubles. Les règles, moins abondantes qu'auparavant, sont un peu douloureuses. Dès ce moment, la malade présente des pertes blanches qui ont d'ailleurs subsisté jusqu'à aujourd'hui, alors que les règles sont devenues de moins en moins abondantes. Mariée à 22 ans. Jamais de grossesse.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort à la suite d'une opération. Mère bien portante. Trois sœurs, dont une morte de mal de Pott, une deuxième fait de la métrite et la troisième se porte bien.

Appareil génital. — Point annexiel gauche très douloureux à la pression. Le corps de l'utérus n'est pas senti à travers la paroi abdominale, un peu atone.

Toucher. — On sent un col mou, profond, la lèvre postérieure se présentant la première. Cul-de-sac antérieur libre. Cul-de-sac postérieur bombé sous une masse régulière mobile (l'utérus), assez volumineuse et non douloureuse par le toucher rectal. On sent sur la face antérieure du rectum une masse dure, située plus haut.

Opération, le 13 décembre 1923. — Anesthésie. Après l'incision médiane sous-ombilicale, on tombe sur un utérus en rétroversion très nette, comprimant le rectum. L'anse sigmoïde est distendue. Les ovaires, nettement scléro-kystiques sont cautérisés au thermo-cautère. Après la réduction de l'utérus, d'ailleurs très facile, on procède au raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds, suivant le procédé de Doléris. Fermeture de la plaie en trois plans.

Suites opératoires. — Bonnes, malgré une légère anurie d'origine réflexe; la malade est sondée le lendemain de l'opération. Dix jours plus tard, la malade urine sans aucune difficulté. La constipation

persiste, mais à un degré moindre. Les sutures sont enlevées au bout de quinze jours. La malade rentre chez elle le 3 janvier complètement rétablie.

OBSERVATION III (inédite).

Rétroversion utérine adhérente. Annexite double. Opération de Deléris.

M^{me} E. D..., âgée de 34 ans, ménagère, entre à l'Hôpital Saint-André (service du docteur Darget) pour douleurs lombaires internes, constipation opiniâtre et pertes blanches abondantes.

Histoire de la maladie. — Depuis le 8 septembre dernier, la malade commença à sentir des douleurs lombaires à droite et à gauche, douleurs augmentant dans la position debout et diminuant dans le décubitus dorsal. Ces douleurs apparaissent sous forme de crises paroxystiques survenant à chaque moment et obligeant la malade à s'aliter.

A cette période, la malade présente une constipation assez marquée, n'allant à la selle que tous les deux jours. Pas de troubles de la miction.

La malade consulte alors son médecin qui lui ordonne des laxatifs, lavements, et de l'huile camphrée en friction. Mais ce traitement n'ayant abouti à aucun résultat, même après un emploi relativement long, la constipation et les douleurs étant restées aussi intenses qu'au début, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans. Les règles, qui étaient normales, sont devenues dans ces derniers mois douloureuses et abondantes. Pertes blanches. Mariée à 23 ans. Rapports sexuels occasionnant des douleurs vives. Jamais de grossesse.

Appareil génital. — Ventre de volume normal. Le point ovarien gauche plus douloureux que celui de droite.

Toucher. — Col de consistance normale et dirigé en avant et en haut, regardant la symphyse. Les culs-de-sacs latéraux sont empâtés, un peu douloureux, surtout à gauche. Le cul-de-sac antérieur est libre. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse dure (l'utérus). La mobilité est impossible, en tout cas douloureuse. On ne sent pas les annexes.

Par le toucher rectal, on sent le corps de l'utérus en rétroversion très nette, fixé par les adhérences à la paroi antérieure du rectum. La réduction bimanuelle est impossible.

Opération, le 28 décembre 1923. — Anesthésie, laparotomie. On procède au décollement recto-utérin. Les adhérences sont très serrées et c'est avec grand'peine qu'on arrive à décoller l'utérus de la paroi rectale. On traite les annexes par les procédés conservateurs.

Raccourcissement des ligaments ronds par le procédé de Doléris. Suture de la plaie en trois plans.

Suites opératoires. — Dès le lendemain de l'opération, la malade commence à aller régulièrement à la selle. Les douleurs, d'abord très diminuées, disparaissent complètement lorsque la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV

Thèse Hivet, Paris, 1900.

Rétroversion utérine adhérente avec ovaires scléro-kystiques et gros col.

Opération de Bouilly, inclusion pariétale des ligaments ronds.

M^{me} B... entre à Saint-Louis (Isolement, lit n° 20) en mai 1920.

Antécédents gynécologiques. — Réglée à 16 ans. Jamais d'accouchement, ni de fausse couche, ni de signes de blennorrhagie. Depuis cinq ans, règles irrégulières, abondantes et douloureuses. Dans l'intervalle, quelques pertes blanches. La malade ne souffre pas, à proprement parler, mais éprouve au niveau du bas-ventre une sensation très pénible de pesanteur. Elle est incapable de tout effort et est obligée de renoncer momentanément à travailler.

Toucher. — Col gros, utérus rétroversé, paraissant mobile sans annexite.

Opération, le 10 mai 1900. — Curettage, opération de Bouilly, laparotomie; réduction de l'utérus, adhérent malgré sa mobilité apparente. Libération des annexes qui sont également adhérentes. Les ovaires sont scléreux, petits, rétractés; inclusion pariétale des ligaments ronds. Suites opératoires normales.

18 avril 1901 : Nous ne parvenons pas à revoir la malade, mais

nous rencontrons une de ses amies intimes qui l'a vue récemment et chez laquelle elle était domiciliée au moment de son entrée à l'hôpital. Cette amie nous raconte que M^{me} B... va actuellement très bien.

OBSERVATION V

Thèse HIVET, Paris, 1900.

Rétroversion utérine avec sclérose de l'appareil utéro-ovarien. Inclusion pariétale des ligaments ronds.

M^{me} C..., âgée de 23 ans, entre à l'Hôpital Saint-Louis (Isolement, lit 46) en novembre 1900.

Antécédents gynécologiques. — Accouchement il y a quatorze mois, très pénible. Pas de fausse couche. Règles très irrégulières. Dans l'intervalle, pertes blanches. Dilatation d'estomac. Femme très nerveuse.

Examen. — Au toucher, on reconnaît un gros utérus en rétroversion mobile, peu douloureux au spéculum; on constate un col frais et rose, d'où sort un mucus absolument clair, mais très abondant. C'est surtout pour cette leucorrhée que la malade vient à l'hôpital. Il semble que le redressement de l'utérus doive supprimer la congestion et le catarrhe, puisqu'il n'y a pas de métrite.

Opération, le 22 novembre 1900. — Laparotomie. Gros utérus rétroversé, congestionné, mobile, avec ovaire légèrement sclérokystique. Inclusion pariétale des ligaments ronds. Suites opératoires simples.

Il nous a été impossible de retrouver cette malade.

OBSERVATION VI

Thèse HIVET, Paris, 1900.

Rétroversion utérine apparemment mobile et simple, en réalité adhérente, avec annexite double, curettage, opération de Bouilly, castration double, inclusion pariétale des ligaments ronds.

M^{me} H..., âgée de 24 ans, entre, en octobre 1900, à l'Hôpital Saint-Louis (Isolement, lit 33).

Antécédents gynécologiques. — Incomplets. La malade a fait deux avortements, un de quatre mois et un de six mois, et un accouchement prématuré de huit mois. Les douleurs de ventre ont commencé il y a quatorze mois, au moment de son dernier avortement, mais elles sont particulièrement vives depuis six mois. Constipation opiniâtre. Gros utérus rétroversé semble mobile et sain, annexite très douteuse. Gros col infecté.

Opération, le 25 octobre 1900. — D'abord, on fait le curettage et l'opération de Bouilly. Ensuite, laparotomie, l'utérus très gros est adhérent; on détruit les adhérences et on réduit l'utérus. Les annexes sont très malades, tellement même qu'on ne peut songer à les conserver. On fait donc une castration bilatérale, puis le raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds suivant l'usage. Suites opératoires très simples.

Nous n'avons pas revu cette malade.

CONCLUSIONS

1° La rétroversion de l'utérus étant une affection grave, son traitement doit être prompt et efficace;

2° Les notions étiologiques et pathogéniques doivent servir de base pour le choix de son traitement qui peut être médical ou chirurgical ;

3° Dans les rétroversions récentes franchement mobiles, sans phénomènes infectieux, l'emploi des divers moyens médicaux, et en particulier des pessaires, peut être discuté ;

4° Dans les rétroversions douloureuses ou de date relativement ancienne, immobiles, compliquées ou non de l'infection utéro-annexielle, le traitement chirurgical seul est de mise et consiste en traitement des lésions concomitantes et en fixation de l'utérus ;

5° Les divers procédés de fixation qu'on a proposés dans le but de traiter la rétroversion de l'utérus ont une valeur thérapeutique inégale, et chacun d'eux a ses avantages et ses inconvénients en proportion plus ou moins grande.

L'hystéropexie abdominale et vagino-fixation, en s'adressant directement au corps de l'utérus, le fixent solidement, mais elles sont antiphysiologiques en déterminant l'hypercorrection de la rétroversion et, plus tard, en créant des adhérences, elles deviennent une source de nombreux dangers pour les grossesses ultérieures.

Leur emploi ne peut donc être envisagé avant la ménopause. Cependant elles ont l'avantage d'être faites à ciel ouvert, alors

que l'opération d'Alexander, qui est cependant physiologique, puisqu'elle restitue à l'utérus son antéversion normale par ses propres moyens, les ligaments ronds, a le grand défaut de ne pas nécessiter l'ouverture du péritoine et d'être, par conséquent, une opération aveugle;

6° Parmi les procédés de raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds, le meilleur procédé nous paraît être la ligamentopexie de Doléris.

Elle réunit les avantages de l'hystéropexie abdominale et de l'Alexander sans en avoir les inconvénients. En utilisant la portion résistante des ligaments ronds et en pratiquant leur inclusion dans la paroi abdominale antérieure, elle est supérieure à tous les autres procédés de raccourcissement simple des ligaments ronds.

C'est une opération applicable même dans les cas les plus graves. Elle est presque toujours d'un effet certain et durable. Elle conserve les conditions anatomiques de l'utérus et favorise la fécondation sans aucun danger de troubles pour la gestation.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président.

C. SIGALAS.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 26 février 1924.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ABBÉ (R.). — Fixation of the round ligaments. *Ann. of surg.*, décembre 1896, fasc. 48, p. 699.
- ABEL. — *Bulletin médical*, 18 mars 1896.
- ARAN. — Traité des maladies de l'utérus.
- AUDEBERT et BINAUD. — *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 8 et 15 août 1897.
- AUVARD. — Traité de gynécologie, 1894.
- BARSE. — Opérations correctrices des rétrodéviations de l'utérus et leurs résultats. Thèse de Montpellier, 1905.
- BATUAUD. — Les rétrodéviations utérines. *Gazette de gynécologie*, Paris, 1913, t. XXVIII, p. 145-155.
- BAUDOIN (M.). — Hystéropexie abdominale antérieure. *Gazette des hôpitaux*, 1890.
- BAZY. — Les résultats éloignés des hystéropexies abdominales. Occlusion intestinale après hystéropexie. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, Paris, 1912, t. XVIII, p. 561-582.
- BEIX. — De la laparotomie classique dans les rétrodéviations utérines (Essai d'étude historique). Thèse de Paris, 1907.
- BEURNIER. — Étude sur les ligaments ronds de l'utérus et sur leur raccourcissement. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 27, 236.
- Recherches sur les moyens de fixité de l'utérus. Ligaments ronds de l'utérus. Anatomie. Physiologie. Médecine opératoire. Thèse de Paris, 1885-1886.
- BLANC. — De la grossesse et du travail après l'hystéropexie abdominale. Thèse de Lyon, 1897.
- BLONDEL. — Traitement opératoire des rétrodéviations utérines. *La Gynécologie*, 1896, p. 303.

- BODE. — *Annales de gynécologie*, Paris, 1896, p. 147.
- BOSSI. — Procédé de vagino-fixation dans les déplacements utérins. *Nouvelles annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1890, p. 307.
- BOUILLY. — Traitement des rétrodéviations. *La Gynécologie*, 1896, p. 3.
- BYFORD (de Chicago). — Résultats éloignés du raccourcissement vaginal des ligaments ronds. *Gynæk. transactions*, 1899, p. 348.
- BÉGOÛIN. — Hystéropexie abdominale. Thèse de Bordeaux, 1892.
- CABALLERO. — Traitement des rétrodéviations de l'utérus par la néo-insertion des ligaments ronds. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, Paris, t. XXI, p. 401-408.
- CARIVENC. — Les pessaires sont-ils utiles? Sont-ils dangereux? *Gazette médicale*, Paris, 1916, t. LXXXVII, p. 26.
- CARPENTER. — Alexander's operation with a new method for securing the round ligaments. *J. Am. med. Ass.*, Chicago, 1890, p. 308.
- CHALOT. — Nouvelle méthode de raccourcissement des ligaments ronds de l'utérus. Congrès de l'Association française. Paris, septembre 1892.
- CHEVRIER. — Dénudation des ligaments ronds. Leur inclusion intrapariétale et intracatricielle dans le traitement des rétroversions utérines. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1910, 2^e série, t. VII, p. 257-268.
- CITTADINI. — Remarques cliniques et opératoires sur 15 cas de raccourcissement des ligaments ronds. Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique. Comptes rendus, 1892, Bruxelles, 1894, p. 717-729.
- CLERC (M.). — Traitement des rétroversions irréductibles de l'utérus grévise par le raccourcissement des ligaments ronds. Thèse de Paris, 1900.
- CONDAMIN. — Hystéropexie par le procédé de Baroyenne. *Lyon médical*, 1893.
- COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1884.
- CONGRÈS de Bordeaux, 1895.
- international de Paris, 1900.

CONGRÈS de la Société d'obstétrique et de gynécologie française, 1911.

— international de gynécologie et d'obstétrique, 1896.

CUGNO. — Contribution à l'étude des procédés de raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds dans le traitement des rétrodéviations utérines. Thèse de Paris, 1907.

DELAGÉNIÈRE (H.). — Du raccourcissement des ligaments larges et des ligaments ronds dans les rétroversions de l'utérus. Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, 1^{er} août 1899, p. 24.

DELBET (P.). — Traité de chirurgie Duplay et Reclus, t. VII.

— Rétrodéviations mobiles de l'utérus et leur traitement. *Paris chirurgical*, 1910, t. II, p. 809-813.

DEMLIN. — *Obstétrique*, septembre 1896.

DOLÉRIS. — De l'opération du raccourcissement des ligaments ronds. *Nouvelles archives d'obstétrique*, 1886, p. 10, 69, 158, 229.

— Raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds par inclusion pariétale. *La Gynécologie*, 1898, 6 novembre et 14 décembre.

— Thérapeutique des déviations génitales, *La Gynécologie*, Paris, 1911, t. XV, p. 529, 593.

— Congrès français de chirurgie, 1888; Congrès de Genève, 1896, p. 154; Congrès de Washington, 1887.

— Hystéropexie physiologique. *La Gynécologie*, août 1904.

— *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1902, et *Bulletin médical*, 1901 et 1902.

DOLÉRIS et RICARD. — Recherches anatomiques et opératoires à propos du raccourcissement des ligaments ronds. *Union médicale*, 1885, p. 865-869.

DÜRRSEN. — *Arch. für Gynaek.*, 1894; *Répertoire d'obstétrique et de gynécologie*, 1894, p. 552.

— De la vagino-fixation. *Annales de gynécologie*, 1889, p. 48.

DUVERGEY. — Des dangers éloignés de l'hystéropexie abdominale chez les femmes jeunes. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1920, t. XLI, p. 209.

EBERLIN. — De l'opération d'Alquié-Alexander pour le traitement des rétrodéviations utérines. *La Gynécologie*, 1900, p. 406-413.

- FERRY. — Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie médiate intrapéritonéale par les ligaments ronds dans les rétrodéviations utérines. Thèse de Paris, 1906.
- FIGUIERA. — Traitement de la rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité et à l'état gravide. Thèse de Paris, 1903.
- FRITSCH. — Traité des maladies des femmes.
- FUMEY. — Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations de l'utérus. Thèse de Paris, 1900.
- GARDNER. — A new operation of shortening the round ligaments for troublesome and inveterate displacements of uterus. *Austr. med. Gaz.*, 1884-1885, p. 55-57.
- GÉRARD. — De la laparotomie dans la rétroversion irréductible de l'utérus. Thèse de Lyon, 1913.
- GOSSET. — De la ligamentopexie par le procédé de Doléris. *Journal de chirurgie*, Paris, 1912, t. IX, p. 685-696.
- GOULLIAUD. — De la laparotomie dans les rétroversions irréductibles de l'utérus gravide. Une observation personnelle. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1911, t. VIII, p. 283-292.
- GOUIN. — Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical. Thèse de Paris, 1904.
- HALL. — Vaginal fixation of the round ligaments for backward displacement of the uterus. *Clinic. Lancet*, 1897, p. 382-386.
- HIVET. — Contribution à l'étude du traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds (voie sus-pubienne). Thèse de Paris, 1900.
- HOUTELETTE. — Traitement des rétrodéviations utérines. Résultats éloignés du procédé de Doléris. Thèse de Paris, 1910.
- JACOBS. — De la laparotomie dans certains cas de rétroposition de l'utérus pendant la grossesse. *Journal d'occ. de Liège, Journal de médecine de Paris*, 1898, p. 489.
- FAURE (Jean-Louis) et SIREDEY. — Traité de chirurgie, Paris, 1884.
- JOLY. — De la curabilité des rétroversions utérines par les pessaires. Lyon, 1911, A. Maloine.
- KOEBERLÉ. — *Archives de tocologie*, 1877, p. 543.

- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.
- LAMORT. — De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical. Thèse de Bordeaux, 1894.
- LANDRON. — Traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds. Procédé de Wylie. Thèse de Paris, 1900.
- LE DENTU. — Leçons sur le traitement des rétrodéviations utérines. *Semaine gynécologique*, février 1900.
- De la colpohystéropexie antérieure au point de vue de la grossesse. Thèse de Lyon, 1894.
- LEJARS. — Utérus ballant. *La Semaine médicale*, Paris, 1914, t. XXXIV, p. 3.
- LERAT. — Rétroversion de l'utérus gravide et son traitement par ligamentopexie. Thèse de Paris, 1910.
- MADILL. — [Alexander-Adam's operation and its results. *J. obst. et gynec. brit. Empire*, London, 1905, t. XXVII, p. 44-46.
- MAURIQUE. — Opération d'Alexander. Thèse de Paris, 1886.
- MAZADE (E.). — Traitement des rétrodéviations utérines par le procédé de raccourcissement des ligaments ronds. Procédé en avant des muscles grands droits. Thèse de Lyon, 1902.
- MURET. — Suite physiologique et pathologique de la ventrofixation. *Cor. Bl. f. Schwertz. Aertzt. Basel*, 1915, t. XLV, 695.
- NOBLE. — *Am. Journ. of obstet.*, 1897; *La Gynécologie*, 1901, p. 327.
- PÉRICHON. — Contribution à l'étude du traitement opératoire des rétrodéviations de l'utérus. Thèse de Paris, 1900.
- PICHEVIN. — *Répertoire de gynécologie et d'obstétrique*, 1895, p. 83.
- Hystéropexie vaginale antérieure. Rapport à l'Académie de médecine, 22 mai 1895.
- PINARD. — Suites des opérations sur l'utérus au point de vue des accouchements et grossesses. Société d'obstétrique de Paris, *Annales de gynécologie*, 1898, p. 241.
- PINARD et VARNIER. — *Annales de gynécologie*, 1886 et 1887.
- PIRAS. — De l'hystéropexie dans ses rapports avec la puerpéralité. Thèse de Paris, 1896.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1897.

- RICHELOT. — Congrès de chirurgie, 1899, *Annales de gynécologie*, 1889, p. 376.
- Nature et traitement de la rétroversion utérine. *Gazette médicale de Paris*, 1898, p. 508.
 - Chirurgie de l'utérus, Paris, 1902.
 - Sur un travail du docteur Lucien Picqué intitulé : « Considérations sur le traitement des déviations utérines », *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1911, t. LXV, p. 582-591.
 - Congrès de Rouen, avril 1904, p. 125; Congrès de chirurgie, Paris, 1905.
- RIVIÈRE. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 15 septembre 1892; Société d'obstétrique de Bordeaux, juin 1891.
- ROUHIER. — Hystéropexie actuelle et lieu d'élection pour le passage intrapariétal des ligaments ronds dans l'opération de Dolérus. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominales*, Paris, 1914, t. XXII, p. 81-102.
- SERVETTAZ. — Traitement de la rétroversion de l'utérus mobile non gravide. Thèse de Montpellier, 1907.
- SCHULTZE. — Traité des déviations utérines. Paris, 1884.
- SCHWARTZ. — Congrès de Genève, 1896.
- SIMOËS. — Des rétrodéviations mobiles. Thèse de Paris, 1897.
- WYLIE. — Traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intraabdominal des ligaments ronds. *Am. Journal of obst.*, mai 1889.

